

DOMANDA PER IL RILASCIO DI NUOVA AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELLA STRUTTURA SANITARIA E/O SOCIO SANITARIA GIA' IN ATTIVITA' ALLA DATA DI PUBBLICAZIONE SUL BURC DELLA D.G.R. N. _____ DEL _____

Al Comune di _____

A

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ Prov. di _____ il _____
Residente a _____ Via _____ n. _____
Codice Fiscale n: _____ Telefono n _____

B

In qualità di _____ della Società/Ente/Azienda _____
Partita IVA _____ con Sede in _____
Via _____ n _____

Consapevole dell'obbligo di dover adeguare la/lo struttura/studio ai requisiti minimi individuati con la deliberazione della G.R. n. _____ del _____, entro i termini indicati dallo stesso atto (Ovvero: In possesso di tutti i requisiti minimi individuati con la citata deliberazione di G.R.);

Chiede il rilascio di nuova autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria e/o socio-sanitaria

C

della struttura esistente alla data del _____,
denominata (1) : _____
già autorizzata con atto (*) del _____ n. _____ del _____
che eroga prestazioni (2): _____
in regime (3): _____
con una dotazione di (4) n: _____ posti letto

*** indicare l'ultimo provvedimento autorizzativo, se riferito a tutte le attività della struttura; in caso di autorizzazioni parziali allegare alla presente un elenco contenente gli estremi degli ultimi atti autorizzativi.**

D

dello studio odontoiatrico/medico o di altra professione sanitaria, soggetto ad autorizzazione **all'esercizio ai sensi della D.G.R. n. _____ del _____.**

Sita/o in codesto Comune, via _____ n. _____

A tale scopo, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci dichiara:

☐ **che la struttura/studio è dotata/o dei requisiti minimi indicati negli elenchi allegati alla presente istanza e debitamente sottoscritti;**

☐ che la direzione sanitaria/responsabilità è affidata al dott. _____

nato il _____ Laureato in _____
presso l'Università degli studi di _____ il _____
specialista in _____
iscritto presso l'Ordine dei _____ della Provincia di _____

Data: _____

Firma del Titolare o Legale rappresentante: _____

(per esteso)

Istruzioni per la compilazione del Modello Aeser.2

La domanda di autorizzazione all'esercizio di struttura sanitaria e/o socio sanitaria già in attività deve essere presentata in duplice copia al Comune.

Il riquadro A deve essere sempre compilato integralmente. **Nel caso degli studi associati soggetti ad autorizzazione vanno indicati i nominativi e i dati anagrafici di tutti gli associati.**

Il riquadro B deve essere compilato nel caso in cui la titolarità della struttura sia di una Società, Ente, Azienda o comunque di una persona giuridica;

Il riquadro C deve essere compilato indicando:

al punto (1) la denominazione della struttura;
al punto (2) la tipologia delle prestazioni che si intende erogare a seguito di autorizzazione all'esercizio nell'ambito di quelle individuate dalla DGR
n° _____ del _____ e precisamente:

nel regime ambulatoriale extra o intraospedaliero:

- | | |
|--|---|
| 1) specialistiche mediche: classe 1-2-3
2) specialistiche chirurgiche: classe 1-2-3
3) odontoiatriche
4) di medicina di laboratorio:
laboratori generali di base
laboratori generali di base con settori specializzati: A,B,C,D,E,F
laboratori specializzati: A,B, C, D, E, F
punti prelievo esterni
5) di anatomia patologica
6) di medicina trasfusionale | 7) di diagnostica per immagini:
8) di radioterapia
9) di medicina nucleare in vivo
10) di riabilitazione
11) di dialisi
12) di terapia iperbarica
13) centro di salute mentale
14) di consultorio familiare
15) di trattamento delle tossicodipendenze
16) centri erogatori di prestazioni di diabetologia |
|--|---|

nel regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno :

- 1) polispecialistiche (specificare la specialità)
 - 2) monospecialistiche (specificare la specialità)
 - 3) di alta specializzazione (specificare il tipo)
- secondo il seguente elenco:

Codice	Disciplina	Codice	Disciplina
	Area medica		Area Terapia Intensiva
01	Allergologia	49	Rian.T.Intensiv Poliv
5	Angiologia	50	U.T.I.C.
8	Cardiologia	47	Grandi ustionati
52	Dermatologia	28	Unita' spinale
18	Ematologia		
19	Endocrinologia		Area Materno Infantile
19579	Diabetologia	37	Ostetricia e Ginecologia
58	Gastroenterologia	73	T.Intensiva Neonatale
21	Geriatria	73573	T. subintensiva Neonatale
20	Immunologia	62	Neonatologia
24	Malattie infettive	39	Pediatria
25	Medicina del Lavoro	11	Chirurgia Pediatrica
26	Medicina generale	33	Neuropsichiatria Infantile
29	Nefrologia		
32	Neurologia		Area Riabilitazione
64	Oncologia	6060	Lungodegenza e Med. Non Specialistica
68	Pneumologia	5640	Riab.ne psichiatrica
40	Psichiatria	7575	Riab.ne specialistica Neurologica
70	Radioterapia	5668	Riab.ne Specialistica Respiratoria
71	Reumatologia	5608	Riab.ne Specialistica Cardiologica
51	Oss. Breve - Ast. Med. Chirurgica	5636	Riab.ne Specialistica Ortopedica
54	Emodialisi	5621	Riab.ne Geriatrica
	Area Chirurgica		
9	Chirurgia Generale		
9599	Chirurgia d' urgenza		
10	Chirurgia maxillo facciale		
12	Chirurgia plastica		
13	Chirurgia toracica		
14	Chirurgia vascolare		
7	Cardiochirurgia		
30	Neurochirurgia		
9500	Chirurgia con trapianto		
43	Urologia		
36	Ortopedia		
34	Oculistica		
38	Otorinolaringoiatria		
35	Odontostomatologia		

nel regime residenziale e semiresidenziale:

- 1) di riabilitazione estensiva per soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali;
- 2) di tutela della salute mentale:
centri diurni psichiatrici;
day hospital psichiatrici;
strutture sanitarie psichiatriche (S.I.R.);
- 3) di riabilitazione ed educativo-assistenziali per tossicodipendenti;
- 4) residenze sanitarie assistenziali (R.S.A.);
- 5) di cure palliative (hospice)

al punto (3) il regime individuato come sopra: ambulatoriale; ospedaliero; residenziale; semiresidenziale.

al punto (4) il numero dei posti letto, riportati per singola disciplina nel caso di presidi ospedalieri, o nel caso di strutture residenziali o semiresidenziali dei quali si richiede l'autorizzazione all'esercizio.

Il riquadro D deve essere compilato nel caso in cui la domanda si riferisce all'autorizzazione all'esercizio di uno studio odontoiatrico, medico o di altra professione sanitaria.

La domanda deve essere sottoscritta dal titolare della struttura (o studio) o dal suo legale rappresentante (o da tutti gli associati in studio).